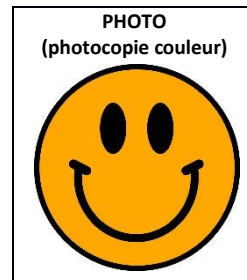


FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER ETE 2022

SEJOUR CHOISI
Lieu :Titre :Dates : au
A déjà participé à un séjour J.A.D.O.R. <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

NOM Prénom :
Adresse :
Tel : Date de naissance : ____ / ____ / 19____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
N° de sécurité sociale : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



REFERENT EDUCATIF
NOM Prénom :
Adresse :
Tel : Tel astreinte :
Mail :

TUTEUR
NOM Prénom :
Adresse :
Tel : Tel astreinte :
Mail :

PERSONNALITÉ (traits de caractères) :

VIE QUOTIDIENNE (capacités et autonomie) :

RELATIONS AVEC SON ENTOURAGE (encadrants et autres) :

DIFFICULTÉS COMPORTEMENTALES (préciser les réponses apportées habituellement par les encadrants) :

SANTÉ (éléments à connaître, à surveiller) :

DIVERS :

PROJET DU VACANCIER (exemple : envoyer une carte postale, acheter un CD...) :



FICHE DE PRESENTATION DU VACANCIER ETE 2022

NOM : Prénom :

<p>AUTONOMIE Voir tableau du catalogue <input type="checkbox"/> bonne <input type="checkbox"/> moyenne <input type="checkbox"/> faible</p> <p>VIE SOCIALE S'inscrit en couple <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non En compagnie de : (Une inscription en couple signifie qu'ils partageront le lit et la chambre) Travaille <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>VIE QUOTIDIENNE Sait lire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Sait écrire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est autorisé à boire du café <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est autorisé à boire de l'alcool <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Fume habituellement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Gère seul sa consommation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre de cigarettes par jour ?</p> <p>Gère seul son argent de poche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut sortir seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut rester seul sur le lieu du séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>MOTRICITE Est bon marcheur <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Se fatigue vite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Chaussures orthopédique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Utilise parfois une canne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Utilise parfois un déambulateur* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Utilise parfois un fauteuil roulant* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non * joindre une prescription pour en louer un surplace</p> <p>Monte et descend seul un escalier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut dormir sur un lit superposé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut se baigner <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Sait nager <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Peut se mettre en danger en sortie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser.....</p> <p>VIE DE GROUPE Est agressif envers lui-même* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est agressif envers les autres* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non *si oui, manifestation et fréquence :</p> <p>Peut fuguer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (accueil de personne qui ne nécessite pas de surveillance permanente)</p> <p>Peut perturber la vie de groupe <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui, manifestation et fréquence :</p> <p>A une « déviance sexuelle » <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser.....</p> <p>Refuse les sorties <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (visites tous les jours en suivant le programme présenté dans le catalogue)</p> <p>Accompagnement la nuit <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (pas d'accompagnement la nuit, l'équipe dort sur place et n'intervient que si elle entend du bruit, la vigilance est renforcée en séjour de faible autonomie)</p> <p>ALIMENTATION Prend ses repas seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Alimentation <input type="checkbox"/> mixé <input type="checkbox"/> réduit Suit un régime alimentaire <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lequel ? le joindre Trouble alimentaire, préciser.....</p>	<p>SANTE Vaccinations à jour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Est sujet à une allergie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Laquelle ?</p> <p>A des contre-indications médicales <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Lesquelles ?</p> <p>Suit un traitement médical <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Matin <input type="checkbox"/> Midi <input type="checkbox"/> A-Midi <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Si heures fixes préciser. Nous fournissons piluliers et « fiche de traitement ». (pas de distribution du traitement pendant les trajets de l'aller et du retour, soit le 1^{er} jour le matin et le dernier jour l'après-midi et le soir)</p> <p>Traitement d'appoint (si besoin) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non joindre une prescription et un protocole précis : dans quelles situations, quel mode d'administration, quelle quantité, quel intervalle entre les prises...</p> <p>Peut prendre les médicaments de confort suivants : - Paracétamol <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non - Smecta <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Utilise un contraceptif <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Est énurétique* <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non Est encoprétique* <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non Porte des protections <input type="checkbox"/> le jour <input type="checkbox"/> la nuit <input type="checkbox"/> non *si oui, prévoir protections et alèzes, accueil d'encoprétique occasionnel</p> <p>A une injection pendant le séjour <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (pas d'injection les jours de départ et de retour) Date : joindre la prescription</p> <p>Nécessite des soins infirmiers <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (pansement, patch, bandage, prothèse, surveillance ...) Lesquels ? Joindre la prescription</p> <p>Est diabétique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Avec contrôle quotidien de glycémie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Moment(s) joindre la prescription pour l'I.D.E. Avec injection d'insuline quotidienne <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Moment (s) joindre la prescription pour l'I.D.E. (les contrôles et les injections doivent se faire par l'I.D.E., 2 fois/jour maximum)</p> <p>Est épileptique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> stabilisé Dernière crise supérieure à 6 mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (pas de surveillance la nuit et stabilisé depuis plus de 6 mois)</p> <p>Est asthmatique <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> stabilisé Dernière crise supérieure à 6 mois <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non joindre la notice de l'inhalateur (pas de surveillance la nuit et stabilisé depuis plus de 6 mois)</p> <p>Est appareillé la nuit (apnées) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gère seul S'il ne gère pas seul, joindre la notice de l'appareil</p> <p>A une cardiopathie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser.....</p> <p>A un dentier <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> gère seul S'il ne gère pas seul, joindre des explications</p> <p>Difficultés d'élocution <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser..... Difficultés de l'ouïe <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser*..... Difficultés de la vue <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Préciser*..... *indiquer les déficiences, les appareillages ou les prothèses</p> <p>HYGIENE S'habille seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non S'occupe seul de ses affaires <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non Fait sa toilette seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non Se rase seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non Sait aller au WC seul <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> à stimuler <input type="checkbox"/> non</p>
--	--

